

Scientific layout and integrative development of urban and rural health and family planning resources under the background of the new urbanization

Shu-xiao Hu¹, Xiao Yang¹, Qing Liu², Si-yu Zhang¹, Ting Chu¹, Wan-xin Li¹, Jing Zhang¹

¹The School of Public Policy and Administration in Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi, China

²The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, Shaanxi, China

Received: Nov 09, 2015

Accepted: Nov 25, 2015

Published: Dec 24, 2015

DOI:10.14725/gjha.v3n2.a1363 **URL:**<http://dx.doi.org/10.14725/gjha.v3n2.a1363>

This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

New type of urbanization is the only way for China's modernization and the key to expanding domestic demand and promoting regional coordinated development. The new urbanization objectively requires the urban and rural health planning resources to gradually get rid of the urban-rural dual structure, scientific layout, balanced development. Based on the hysteretic integration, imbalance allocation, and the analysis of health family and planning resources integration between urban and rural areas in our province, this paper argues that in the new urbanization, we should correctly understand the necessity of health and family planning resources integration and the sustainability of development. In addition, it is very important to clarify the relationship between health and family planning department after integration. Only in this way, our province can realize the scientific layout and integrative development of urban and rural health and family planning resources, ensure the health service demand of urban and rural residents, and promote the quality and speed of the new type of urbanization construction.

Key words

The new urbanization ; Health and family planning resources; Scientific layout; Integrative development

新型城镇化背景下城乡卫生计生资源的科学布局与融合发展*

胡书孝¹, 杨 潇¹, 刘 庆², 张丝雨¹, 储 婷¹, 李万鑫¹, 张 静¹

¹西安交通大学公共政策与管理学院, 陕西西安, 中国

²西安交通大学医学院第一附属医院, 陕西西安, 中国

通讯作者: 储 婷, E-mail: chuting199095@163.com

*基金项目: 陕西省“十三五”卫生和计划生育事业发展规划重大问题研究(2015年第1号)

【摘要】新型城镇化是中国现代化的必由之路, 是扩大内需、促进区域协调发展的重要抓手。新型城镇化建设客观上要求城乡卫生计生资源配置逐步破除城乡二元体制, 科学布局, 均衡发展。基于当前 S 省城乡卫生计生资源在整合方面的滞后性、配置方面的非均衡性、布局与发展方面的不适应性等问题, 以及对 S 省城乡卫生计生资源整合的挑战与机遇分析, 本研究提出在新型城镇化进程中应该正确认识城乡卫生计生资源整合的必要性和发展的持续性, 厘清整合后卫生和计生部门之间的关系, 实现 S 省城乡卫生计生资源科学布局与融合发展, 保障城乡居民的医疗卫生服务需求, 推进新型城镇化建设的质量和速度。

【关键词】新型城镇化; 卫生计生资源; 科学布局; 融合发展

1 引言

新型城镇化以人为核心, 注重包容性发展、集约发展以及城乡统筹发展, 客观上要求城乡卫生计生资源的科学布局与融合发展。卫生计生融合这一政策的提出已有两年多时间, 但是其落实一直是“雷声大, 雨点小”, 导致很多卫生计生部门无所适从。尤其是研究人员深入到 S 省 A、B、C 三地市的调研发现, 各地基本上都没有实现卫生计生资源的整合, 而且有些地区虽然进行了整合, 也不过是形式上的整合, 实际还是各自为政。总结近年来国内学者的研究发现, 关于城乡卫生资源现状、配置、布局和发展等的研究很多^[1], 但是关于卫生计生资源整合的学术性研究很少, 基本上都是一些实事性的报道^[2-3], 或者是一些地区基层卫生计生资源整合的方案和经验的介绍^[4], 真正对于城乡卫生计生资源科学布局与融合发展的学术性研究是少之又少, 而且聚焦 S 省的研究更是没有。

随着经济体制和医疗卫生体制改革的深入, 以及新型城镇化建设步伐的加快, S 省城乡卫生计生资源呈现出明显的城乡“二元”结构, 资源浪费严重, 卫生和计生事业发展不均衡等问题。因此, 在新型城镇化背景下, 结合 S 省的实际情况, 研究城乡卫生计生资源的科学布局的方法, 提出整合后卫生计生事业融合发展的对策建议, 对于提高 S 省民众的整体健康素质、推动 S 省卫生计生事业健康、持续发展具有重要的理论价值和现实意义。

2 现阶段城乡卫生计生资源配置与整合中存在的问题分析

现阶段 S 省城乡卫生计生资源配置与整合中存在以下五个方面的问题:

2.1 现有卫生计生资源配置与 S 省新型城镇化发展要求不适应 新型城镇化建设以人为核心, 统筹城乡发展, 要求卫生计生资源的均衡配置, 但是 S 省目前城乡卫生计生资源配置存在很大差距, 与新型城镇化建设的要求不相适应。具体表现在以下三个方面:

第一, 卫生计生资源总体配置与城乡人口发展水平不相匹配。2014 年, S 省农村人口 1790.54 万人, 占总人口的 47.43%, 但是只拥有不到 20% 的床位, 其中乡镇卫生院床位数只占全省总床位数的 15.5%, 乡村医生和卫生员只占全省卫生技术人员 9.92%。

第二, 市级和县级卫生计生资源配置存在很大的不公平性。S 省 2013 年市级医疗机构数只占 32.4%, 但是却拥有 54.7% 的病床数, 68.6% 的执业医师(助理)数和 62.2% 的注册护士数; 而县级虽然拥有全省 67.6% 的医疗机构数, 但是其病床数、执业(助理)医师数和注册护士数分别只占全省的 45.3%、31.4% 和 37.8% 详见表 1。

表 1 S 省 2013 年市县两级卫生资源配置状况 (%)

	医疗卫生机构数	病床数	执业(助理)医师数	注册护士数
市级	32.4	54.7	68.6	62.2
县级	67.6	45.3	31.4	37.8

千人口病床数、千人口执业(助理)医师数、千人口注册护士数配置数也是市级明显优于县级。详见表 2。

表 2 S 省市县两级千人口卫生资源配置状况

	千人口病床数(张)	千人口执业(助理)医师数(人)	千人口注册护士数(人)
市级	6.62	3.18	4.01
县级	3.37	1.27	1.43
市级: 县级	1.96	2.50	2.80

从表 2 可以看出, 千人口病床数、千人口执业(助理)医师数、千人口注册护士数市级为县级的 1.96 倍、2.50 倍、2.80 倍, 即 2 倍以上。此外, 2013 年 S 省县级以上医院卫生技术人员中 25% 达到本科以上学历

历,而乡镇卫生院卫生技术人员中只有 5.7%的人达到本科以上学历。这充分说明机构、床位和人员的配置中,市级明显高于县级,且优质资源多数集中在市级及以上医疗机构,县一级医疗资源总量和优质资源都处于相对匮乏的状态。

第三,农村居民健康水平明显低于城市居民。由于 S 省卫生计生资源配置的城乡不均衡性导致多数大医院人满为患,而农村居民“看病难、看病贵”问题依然十分艰巨,农村居民健康水平明显低于城市居民。2013 年, S 省城市居民两周患病率为 11.9%,而农村为 14.4%。城镇居民两周就诊率为 13.56%,而农村为 11.96%。此外, A、B、C 三地的问卷调查结果显示,近 1 个月有 52.7%的受访居民到医院看过病,其中 62.4%的居民经常选择县级以上医院就诊,主要原因是县级以上医疗机构医疗设备好,交通便利和医术高明。

2.2 卫生计生资源布局与配置存在不合理现象 多年来, S 省卫生计生资源的布局与配置没有严格按照地理位置、人口、面积、服务半径、居民患病情况和现有资源利用状况进行科学配置,导致各地区资源浪费和资源紧缺的情况同时存在。

2.2.1 S 省卫生计生资源布局存在地域差别 首先,单从卫生资源配置数量上看,利用 2011—2013 年 S 省卫生统计年鉴,对陕南、陕北、关中三个地区的机构、床位和人员分布进行了比较分析,结果显示 S 省卫生计生资源最多的是关中地区。关中地区占据卫生计生资源总量的 65%以上,而陕南和陕北地区加起来还不到全省的 35%,详见表 3。

表 3 S 省 2011—2013 年卫生计生资源分区域配置数据

年度	区域	卫生计生机构 (%)	实用床位数 (%)	卫生计生人员数 (%)
2011	陕南	26.8	20.2	19.1
	陕北	23.7	15.2	15.0
	关中	49.5	64.6	65.9
2012	陕南	26.8	20.9	19.1
	陕北	23.3	15.3	15.1
	关中	49.9	63.8	65.8
2013	陕南	27.2	21.5	19.2
	陕北	23.3	15.1	15.5
	关中	49.5	63.4	65.3

其次,利用卫生资源密度指数法(HRDI)对全国和 S 省,以及与 S 省卫生发展水平相近的安徽省、江西省和辽宁省的 2010—2013 年卫生人力资源密度指数进行了测算,结果发现 2010—2013 年, S 省卫生人力资源密度指数逐年增加,虽然高于全国平均水平和江西省,但明显低于安徽省(除 2013 年外),而且与辽宁省还有很大差距,详见表 4,说明 S 省卫生资源整体配置相对不均衡。

表 4 2010—2013 年全国、S 省和相近省份卫生人力资源分布密度指数

	2010	2011	2012	2013
全国	1.638	1.725	1.852	1.995
S 省	2.069	2.247	2.461	2.716
安徽省	2.32	2.383	2.582	2.757
江西省	1.832	1.917	2.072	2.186
辽宁省	2.905	2.946	3.084	3.186

此外,对调查地汉中、延安和宝鸡,以及西安 2013 年的卫生人力资源密度指数也进行了测算,结果发现四地的卫生人力资源密度指数从大到小分别为:西安>宝鸡>汉中>延安,详见表 5。由此可见 S 省的卫生资源配置存在明显的地区不均衡现象。

表 5 2013 年汉中、延安、宝鸡和西安卫生人力资源分布情况和密度指数

	每千人口卫生技术人员数	每平方公里卫生技术人员数	密度指数 (HRDI)
汉中	5.67	0.71	2.012
延安	6.07	0.37	1.489
宝鸡	5.55	1.15	2.525
西安	8.34	7.08	7.685

2.2.2 卫生计生工作人员普遍认为 S 省卫生计生资源布局与配置不合理 研究人员对 A、B、C 三地市的 367 名卫生计生工作人员进行了问卷调查, 调查发现 94.3% 的工作人员认为目前 S 省的卫生计生资源配置与布局不合理, 其中分别有 31.2% 的人认为机构布局不合理, 36.1% 的人员认为人员配备不合理, 其次是设备配置和经费投入不合理。

2.2.3 基层卫生计生资源配置不均衡 研究人员在实地考察中也发现由于基层卫生计生资源配置的标准不统一, 导致基层卫生计生资源配置的不均衡。计划生育服务网络比较健全, 每一个乡镇都有一个计生站, 每一个村都有一名计生专干和中心户长, 基层网底比较扎实。但是村上只有 1 个村卫生室配 1 名村医, 部分村医年龄在 65 岁及以上, 村医技术能力有限, 村卫生室规模普遍很小, 很难为农村居民提供高质量的医疗服务。

2.3 基层卫生和计生机构在服务上存在重叠问题 S 省卫生计生资源的布局与配置的不合理直接导致了服务职能、服务对象上不同程度的重叠问题。

2.3.1 服务职能的重叠 课题组在现场调查时发现全省各地卫生机构和计生机构设置存在明显的职能交叉, 如生殖保健、妇幼保健等职能卫生和计生机构同时具有, 计生机构的“三查”、母亲健康工程、节育手术(上环、取环、结扎)等服务, 县妇幼保健院与乡镇卫生院也能开展。

2.3.2 服务对象上的交叉 卫生机构和计生机构的服务对象存在明显的交叉, 均为育龄妇女、儿童提供医疗卫生保健服务。同一育龄妇女在不同时期要同时接受妇幼保健院与计生站两个机构提供的医疗保健服务, 分别建立了孕产妇保健卡与计划生育服务卡, 两卡内容基本一致, 而且计生部门提供服务时由于要刷二代身份证进行确认, 这些重复性的服务与多余环节无形中增加了育龄妇女的负担, 多次检查给她们带来时间与精力的浪费, 问卷调查中发现有 26% 的育龄妇女对当地计生站的服务不满意, 原因主要为计生站的服务水平不高, 医疗设备落后。

2.3.3 卫生计生服务重叠造成了不良后果 由于这样的重叠和交叉长期存在得不到改善, 这既造成了卫生人力资源的浪费, 各级财政的重复投入, 也加重了行政管理成本。

2.4 卫生人力补充速度缓慢, 基层卫生人力资源严重缺乏 卫生人力资源的缺乏一直以来都是 S 省卫生事业发展面临的一大难题。近年来, 随着医改、新农合等国家相关政策的实施, 全省各级医院近些年诊疗人次、住院病人数出现了“井喷式”的增长, 许多市、县都投资新建了医院, 卫生人力资源数量逐年增加, 但是其发展速度还远不及病床等硬件的建设速度, 而且人员素质也有待进一步提高。具体表现在以下两方面:

第一, 医院病床扩张快于卫生人力资源增长。2010 年到 2014 年, S 省医疗卫生机构使用床位数从 1.44 万张增加到 1.99 万张, 五年平均发展速度为 1.087 倍; 而执业(助理)医师数只从 6.3 万人增加到 7.6 万人, 平均发展速度仅为 1.049 倍。此外, 卫生人力资源的素质提高还不显著: 2010 年 S 省医院卫生技术人员中本科以上学历占 23.52%, 其中 2.96% 为研究生学历; 到 2013 年, 本科以上学历只占 25.42%, 研究生也只占 3.98%。由此可见, S 省卫生人力资源的发展速度还远不及床位发展速度, 而且人员素质改善效果不明显, 还有待进一步提高。

第二, 卫生人力资源存在较大缺口。依据测算结果, 到 2020 年 S 省执业(助理)医师和注册护士分别存在 10.2 万人和 2.2 万人的缺口, 其中 80% 以上为县级、乡镇卫生计生机构所缺卫生人员数, 以乡镇及村为主, 这将是 S 省卫生人力资源建设首先要解决的问题。在实地调查中研究人员了解到许多市、县致力于兴建大规模医院, 购置高端大型设备、美化环境, 但是实际情况却是设备没有专业人员操作、成为摆设, 每天诊疗人次数有时不及医院员工数等, 造成了国有资源一定的浪费。

2.5 卫生计生资源利用不均衡

2.5.1 卫生资源与计生资源利用不均衡 主要表现就是卫生人员与计生人员忙闲不均。县级以上医院由于患者众多、病情结构复杂、技术要求高、业务繁忙, 而人员却相对紧缺; 各级计生机构日常业务较少, 人员技术水平和服务能力相对低下、工作比较清闲、设备和房屋闲置, 因此也造成了很多人才和资源的浪费。

2.5.2 卫生资源投入与产出不对等 应用数据包络分析 (data envelope analysis, DEA) 方法, 以卫生技术人员数和病床数作为投入指标, 以诊疗人次数和出院人数作为产出指标计算规模效率, 发现 2011 年到 2013 年, 全省卫生计生技术人员和病床数的规模效率均在 0.9 左右, 不到 1.0, 说明投入与产出都是不对等的。而且 2013 年省、市、县三级卫生资源的投入产出效率分别为 0.98, 0.8 和 0.78, 都没有达到 1, 且县级卫生资源的规模效率最低, 可见 S 省各级卫生资源都存在着投入与产出不对等的现象。

2.5.3 计生资源利用效率相对低下 在实地调查中发现, S 省各地计生资源利用效率相对低下, 某些地区县计划生育服务站人均工作用房 100 多平方米, 造成了物力资源的浪费。在受访的 367 名来自汉中市、宝鸡市和延安市的人员中, 82.6% 的工作人员认为目前基层计划生育服务站数目比较多, 利用效率低下; 44.1% 的工作人员认为基层计生站的技术服务人员少; 75.5% 的人认为其工作量不饱满。这也反映了非技术人力资源的浪费和专业技术人员的缺乏。

2.6 人们对机构整合后的发展认识不一, 产生多种心理压力与负担

2.6.1 卫生计生人员在机构整合中存在的心理压力与负担 由于基层卫生和计生机构整合的滞后性, 使许多卫生与计划生育工作者产生了复杂的心理压力。一种压力是计划生育工作者存在矛盾心理, 在思想认识上存在疑虑和偏差。在实地座谈和访谈中笔者发现, 计生人员害怕被卫生机构吞并, 对今后的工作岗位和待遇存在担忧; 另一种压力是卫生人员则认为自己能够承担计生上的所有业务, 并认为计生人员素质能力低下, 会成为自己的负担, 更甚者认为卫生只接受计生的经费和设备, 不接受计生人员。

2.6.2 利益和职权冲突造成心理压力和负担 长期以来, 计划生育作为中国的一项基本国策, 国家对各级计划生育实行全额拨款, 而且乡镇一级的计生站站长享受副科级待遇或为副科级别, 而除了部分地区的乡镇卫生院, 各级卫生机构都实行的是差额拨款。二者整合之后, 原行政主体利益驱使并强化双方职权冲突, 形成不利于团结协作和发展的氛围。

2.6.3 知识和能力不足造成心理压力和负担 卫生计生事业融合后, 过去单一的知识结构不符合融合后的实际应用, 表现出知识的缺失, 包括领导指挥能力知识缺失和换岗换位人员理论与实践知识的缺失, 造成领导与一线工作人员综合知识不足, 导致卫生与计生事业发展和执法量能、水平的有效发挥受到限制。

3 S 省城乡卫生计生资源整合面临的机遇和挑战

3.1 挑战

3.1.1 卫生经费投入相对不足严重影响了卫生计生事业持续发展 卫生计生资源融合发展必然伴随卫生经费投入和使用问题。卫生总费用占 GDP 的比重不低于 5% 是世界卫生组织的基本要求。2000 年的世界卫生组织报告对 191 个会员国的卫生系统整体绩效进行的分析表明, 当政府投入占卫生总费用的比例小于 20% 时, 其卫生系统绩效一般比较差。当然, 卫生经费投入多, 不一定能把卫生服务工作做好, 但是卫生经费投入少, 则很难把卫生服务工作做好。如果增加的投入没有和体制机制的改革创新结合起来, 不仅不能促进卫

卫生计生资源融合发展, 还很有可能固化旧有的利益格局, 为下一步改革增加阻力。因此, 卫生计生资源融合发展需要增加卫生经费投入, 提高卫生经费投入绩效。

3.1.2 科学处理改革中各利益群体关系考验决策者的智慧和能力 卫生计生资源融合发展涉及的利益群体众多, 情况异常复杂, 往往会导致强势利益集团阻碍改革或绑架决策。卫生计生资源融合发展不仅会影响到一般公众的权利和利益, 还会影响到计生机构、医疗卫生机构及相关商业群体等的利益。对一般公众而言, 他们被动接受的成份更多。而对计生机构、医疗卫生机构及相关商业群体而言, 卫生计生资源融合发展的总体走向及具体措施都可能极大地影响其利益、盈利前景, 甚至生死存亡。因此在卫生计生资源融合发展过程中, 一般民众虽然各有倾向, 但未必会投入很多资源去影响决策, 而计生机构、医疗卫生机构及商业利益集团为了争取长期受益或避免长期利益受损, 则会迅速行动起来, 投入巨大的资源去影响参与决策的机构和个人, 以求影响最终的决策。

S省的卫生计生资源配置和融合发展也存在利益格局调整等问题: 如计生机构与卫生机构融合后的利益分配、人员调整、绩效考核; 优质卫生计生资源过多地集中在大城市和大型医疗机构, 如何下沉; 融合后的卫生计生机构是否还需要以药养医来维持生存和发展等问题。破解这些问题需要考验决策者的智慧和能力。

3.1.3 人口老龄化加剧了卫生计生资源供需矛盾 近年来随着工业化和城镇化的加速推进, 大量青壮年劳动人口从农村流入城市, 提高了农村的老龄化程度。2014年末, S省65岁及以上人口占9.97%, 与2013年9.43%相比上涨0.54%。老龄化进程与家庭小型化、空巢化相伴随, 与经济社会转型期各类矛盾相交织, 导致医疗服务需求急剧增加, 也使得医疗服务供需矛盾更加突出。未来5年, 医养结合将成为S省解决老年人口医疗养老问题的重要途径, 需要更多卫生资源支撑^[5]。康复、老年护理等薄弱环节也需要进一步加强。实施单独两孩生育政策后, 出生人口预期将持续增加, 对包括医疗卫生机构在内的公共资源产生更大需求, 特别是大中城市妇产、儿童、生殖健康等相关医疗保健服务需求将更加突出。

3.1.4 交通事故与突发应急事件的持续增长为卫生计生资源配置提出新挑战 2014年S省进一步加快高速公路建设, 全年将新增高速公路通车里程160公里, 使全省高速公路通车总里程达到4500公里。从2000年至今, 15年的时间, 西安市机动车数量由30万发展到200万辆。而其在2011年开始, 数量便呈急增的“井喷”现象, 4年时间内增加车辆100万辆。交通运输的快速发展也导致由意外事件造成的创伤数逐年上升, 急救医疗卫生问题已经成为了日常生活中的重要问题。

3.2 机遇

3.2.1 新型城镇化建设为城乡卫生计生资源融合发展提供了契机 城镇化是非农产业在城镇集聚、农村人口向城镇集中的自然历史过程, 是人类社会发展的客观趋势, 是国家现代化的重要标志。2013年, S省城镇化率为51.13%, 较2012年提高了1.29%, 在全国位居第十八位。新型城镇化建设要求城乡卫生计生资源要科学布局、均衡配置、协调、融合发展, 提高资源利用效率。S省在新型城镇化建设发展过程中, 还存在大量农业转移人口难以融入城市社会, 被纳入城镇人口统计的农民工及其随迁家属尚未与城镇居民平等享受医疗、养老等基本公共服务等问题, 城镇内部出现了新的二元结构矛盾, 给经济社会发展带来诸多风险隐患。因此, 需要根据常住人口配置城镇基本医疗卫生服务资源, 将农民工及其随迁家属纳入社区卫生服务体系, 免费提供健康教育、妇幼保健、预防接种、传染病防控、计划生育等公共卫生服务; 加强农民工聚居地疾病监测、疫情处理和突发公共卫生事件应对, 将符合条件的农民工及其随迁家属纳入当地医疗救助范围。这些外在要求必将转化为卫生计生部门发展的内在动力, 促进城乡卫生计生资源融合发展。

3.2.2 S省卫生事业目标的提出为城乡卫生计生资源融合发展提供了良好的社会环境氛围 李克强总理在2015年政府工作报告中指出, 健康是群众的基本需求, 要不断提高医疗卫生水平, 打造健康中国。S省

政府也适时提出了本省卫生事业发展理念和目标,并按照中央政府部署,实施深化基层医疗卫生机构综合改革,加强全科医生制度建设,完善分级诊疗体系,推行县级公立医院综合改革。

在卫生事业发展理念的指导下,S省民生工程逐步开展,已将2020年全面建成小康社会,实现人人享有基本医疗卫生服务作为奋斗目标,这为城乡卫生计生资源融合发展创造了良好的平台支持,也昭示着S省政府必将以城乡卫生计生资源融合发展作为抓手,实现其卫生事业发展目标。

3.2.3 生育观念的改变为城乡卫生计生资源融合发展提供了现实依据 随着生活质量的提高和生育观念的转变,人民群众对计划生育需求也有了很大变化,提高家庭发展能力、建设和谐幸福家庭的愿望更加强烈,单独二孩政策的放开和“两项工程”的深入开展,“失独”家庭希望得到更多、更好的关怀扶助,计划生育服务已从过去的强制服务转变成了现在的公益性服务^[6]。这也要求计生资源应和卫生资源融合发展,为人民群众提供更好的咨询和技术服务。

3.2.4 大数据等信息技术的发展为城乡卫生计生资源融合发展提供了强有力的技术支撑 云计算、移动互联网、大数据等信息化技术的快速发展,为优化医疗卫生业务流程、提高服务效率提供了条件,必将推动医疗卫生服务模式和管理模式的深刻转变。目前,医疗“大数据”的数据资源表现为医疗服务的EHRs数据,医院与医保的结算与费用数据,医学研究的学术、社会、政府数据,医疗厂商的医药、医械、临床实验数据,居民的行为与健康管理数据以及政府的人口与公共卫生数据等。S省应充分利用信息技术,以医疗卫生、公共卫生和社区卫生为核心,推进智慧城市,智慧S建设工程,推动医疗数字化向智慧化发展。

4 基本结论与政策建议

城乡卫生计生资源首先要进行机构、人员、设备、经费、信息等的整合,在整合中实现科学布局,坚持满足需求、问题导向、公平公正、因地制宜和循序渐进的原则,注意把握“镇村是重点、市县是形式、业务是核心、行政管理是保障”的准则,整合与科学布局后的重点是深度融合发展。

4.1 城乡卫生计生资源科学布局

4.1.1 机构整合与布局 医疗机构、妇幼保健机构和计划生育技术服务机构整合的主要方式为“省选设、市县合、乡增强、村共享”。省级妇幼保健机构和省级计划生育科研院所继续保留;市县级妇幼保健院与计划生育服务站进行整合;乡级乡镇卫生院与计生站合并;保留村级卫生室、村计划生育专干和中心户长,巩固基层网底,村医和村级计划生育专干共同做好妇幼保健和计划生育相关服务工作。

业务机构整合后的布局要加强科学性,方便群众就医。

首先,省级业务机构的布局要坚持控制总量和各设区市调节增量的原则。各设区市(渭南除外)主城区原则上不再新增三级综合医院,新建城区、经济开发区、工业园区等,优先考虑依托现有三级综合医院设置分院或二级综合医院。新增服务人口达80万以上的,可设置1所三级综合医院,并优先考虑由社会资本举办。严格限制三级综合医院单体规模,新增三级综合医院床位数原则上不超过1200张,根据诊疗需求,在规划总量范围内,适当设置三级专科医院。

其次,市县级机构可根据服务人口的数量进行科学布局。各设区市主城区每40万服务人口可设置1所二级综合医院,服务人口超过50万的县,可增设1所二级综合医院,新增二级综合医院床位数原则上不超过500张。同一设区市的县域与主城区平均千人口床位数差距原则上不得超过30%,不同县域差距不得超过10%。县级综合医院必须设置儿科、产科、传染科、精神科和康复科,床位数分别不得低于医院总床位数的5%、5%、5%、2%和2%。

再次,乡镇卫生计生机构的布局要充分考虑农村地区人口密度的分布特点、地理位置、服务半径、交通状况、病人流向等因素,努力实现就近医疗。每个建制乡镇必须设置1所政府办乡镇卫生院,因乡镇撤

并造成当地居民就医不方便的地方,可设立卫生院分院。乡镇卫生院根据其功能分为中心卫生院和一般卫生院,中心卫生院与一般卫生院的设置比原则上控制在 1: 3 或 1: 4。

最后,村级卫生计生机构的设置要根据当地的地理环境和人口情况进行合理布局,使基层卫生计生服务更加扎实和方便。每个行政村原则上设 1 个村卫生室,3000 人以上的行政村,可酌情增设村卫生室;对人口较少的行政村可合并设立村卫生室。原则上每行政村配置 1 名乡村医生

4.2 城乡卫生计生人员配置与融合

首先,妇幼保健机构、乡镇卫生院与计划生育服务机构整合后,应根据当地服务人口、社会需求、交通状况、区域卫生规划和承担的功能任务等合理配备人员。西安市到 2020 年每千人口执业医师和注册护士要达到 3.41 人和 3.99 人。其他各地市到 2020 年,千人口执业医师数、注册护士数分别达到 1.26 人、1.5 人。边远县区可适当提高医师、护士配置比例。

其次,乡级和村级卫生计生人员配置标准依据常住人口数量进行配置。乡级:3 万人以下,配 6 名卫生计生人员;3-5 万人,配 8 名卫生计生人员;5 万人以上,配 10 名卫生计生人员。村级:1000 人以内,配 2 名计生专干;1000~2000 人,配 3 名计生专干;2000 人以上,配 4~5 名计生专干,每千人口配 1 名村医。

最后,在卫生计生人员的管理与考核方面,将计生服务站现有专业技术人员适当调整到妇幼保健机构或乡卫生院,主要从事计划生育生殖健康和技术服务工作,纳入乡卫生院统一管理与考核,工作待遇、职级、考核、职称评审保持不变。其余非技术人员由各县或乡镇根据工作需要和实际情况,划转到各县或乡镇所属的有富余编制的其他事业单位(如乡镇政府、计划生育协会等单位)。

4.3 城乡卫生计生资源融合发展的政策建议 城乡卫生计生资源布局与整合后面临的最大挑战与任务就是怎样持续发展,本文针对 S 省的实际情况提出“八大工程”,促进城乡卫生计生资源持续发展。

4.3.1 人口质量与素质提升工程 科学制定提高出生人口素质的规划及行动计划,加强出生缺陷干预能力建设,全面实施出生缺陷干预工程,实行定期评估、通报制度。人口和计划生育技术服务机构与医疗保健机构要在各自职责范围内密切配合,大力宣传和普及预防出生缺陷科学知识,实施计划生育生殖健康促进计划,加强婚育咨询和指导,积极开展婚前和孕前保健、孕产期保健、产前筛查和诊断、产后访视、新生儿疾病筛查和康复等工作。促进住院分娩和母乳喂养,为贫困妇女提供必要的生育救助和安全接生。倡导科学婚检,加强性病和艾滋病防治工作,预防艾滋病母婴传播。对影响出生缺陷的生物遗传、社会环境、不良生活方式等重大危险因素进行研究、评估和干预。普及婴幼儿抚养和家庭教育的科学知识,开展婴幼儿早期教育,强化独生子女社会行为教育和培养。

4.3.2 构建大健康与大卫生服务系统工程 在新型城镇化背景下科学配置卫生计生资源,必须以大健康观为指导,从生物、心理和社会、道德、环境等多维度,从大卫生观视角,思考卫生计生资源布局的科学性与合理性,重视精神卫生、营养科学、健康教育、卫生监督、妇幼保健、CDC 等机构的布局与发展,重视康复科、治未病科、精神卫生科、营养科、心理咨询科、儿科、妇科、产科、口腔科、计划生育科等科室的建设与融合发展,促进健康城市建设^[7]。

4.3.3 卫生人才建设系统工程 加强 S 省卫生人才队伍建设,在振兴计划的基础上实施“3、6、1”计划。即每年由各地市卫生计生局联合当地人力资源与社会保障局,全省统一招聘 3000 名基层卫生人才,主要包括医生、护士、医技人员,其学历为大专及以上,主要补充乡镇卫生院人员短缺问题,依据乡镇卫生院数与病床数、目前卫生人力短缺程度分配各地市招聘人数。每年招聘 6000 名新星卫生人才,要求本科及以上学历,主要补充县级卫生机构人员短缺问题。每年招聘 1000 名学科骨干人才,要求硕士及以上,工作 3 年以上,有一定的学科特长,主要补充县级卫生机构学科带头人短缺问题。

4.3.4 全面深化双驱轮改革系统工程 省各级卫生计生行政主管部门要创新管理方式,从计划生育控制人口管理转为计划生育服务管理,从直接管理公立医院转为行业管理,坚持公立医院与计划生育工作公益性的基本定位,落实政府的领导责任、保障责任、管理责任、监督责任,充分发挥市场机制作用,建立维护公益性、调动积极性、保障可持续的运行新机制^[8]。改革中要结合 S 省实际情况坚持以深化医药卫生体制改革和稳定低生育水平为重点,以公立医院改革、民营医院有序准入、乡镇卫生院改进等工作为推手,以军队医院和职工医院持续稳步发展为补充,加强区域公共卫生服务资源整合,着力提升卫生计生服务能力和水平,着力加强公共卫生和疾病防控,建立和完善全民卫生健康服务网络。

4.3.5 医疗服务质量提升系统工程 三级医院在进一步完善亚专业建设的同时重点建立 MDT 机制,全面践行临床医学发展的规范化、个体化、人性化、微创化,通过 MDT 构建以患者为中心,让患者从治疗中受益最大化,充分按照循证医学证据,合理、科学、有计划地实施个体化治疗,可避免过度治疗和随意治疗,减少误诊误治;结合医院发展进一步强化人文医学、循证医学、价值医学和转化医学的协同发展,真正在诊疗过程当中做到以人为本,真正走到病人床边。妇产科、肿瘤科、心血管科、眼科等相关学科实施以个人基因组信息为基础,结合蛋白质组、代谢组等相关内环境信息,为患者量身设计出最佳治疗方案,以期达到治疗效果最大化和副作用最小化的精准医疗。二级医院重点通过建立专科评审机制,全面提升县级公立医院管理能力和学科建设水平。

4.3.6 信息化建设与分级诊疗服务体系建设系统工程 加强人口健康信息平台建设。到 2020 年,以省为单位统筹建设省、市、县级人口健康信息平台,逐步实现公共卫生、计划生育、医疗服务、医疗保障、药品管理、综合管理 6 大应用系统业务协同,实现各级医疗服务、医疗保障与公共卫生、计划生育服务的数据整合,促进信息共享。按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的要求,开展分级诊疗工作。第一,提升基层服务能力。第二,加快建立基层首诊、双向转诊制度。第三,深化三级医院对口支援工作,建立三级医院与基层医院互动的医联体,改善医疗服务行动,提高基层医疗卫生机构门急诊量占门急诊总量的比例。

4.3.7 绩效考核与薪酬分配体系建设系统工程 根据医疗行业培养周期长、职业风险高、技术难度大、责任担当重等特点,建立以学科为导向的医院绩效考核与薪酬分配制度,从“三量三度”(即工作数量、工作质量、工作效果、风险度、满意度、创新度)对科室进行绩效考核,依照学科当量值(工作数量、工作质量、风险度复合值)对医务人员进行绩效考核,严禁给医务人员设定创收指标,严禁将医务人员收入与医院的药品、检查、治疗等收入挂钩。

4.3.8 卫生组织文化建设系统工程 卫生与计划生育机构弘扬“不畏艰苦、甘于奉献、救死扶伤、大爱无疆”的行业精神,践行社会主义核心价值观,建立以病人为中心,以问题为导向,以改善人民群众看病就医感受为出发点的卫生组织文化。各级卫生计生局围绕社会主义核心价值观与新行业精神,总结提炼符合当地社会文化的卫生服务价值观、精神、理念体系。建立学习型卫生组织,鼓励医务人员学习医学新技术、新方法、新项目,学习社会人文知识,学习感恩与包容,学习担当责任,学习务实进取,加强各种人员密切配合,构建学习型高绩效团队,在学习中工作,在工作中学习,不断提高卫生服务技术水平,提高民众对卫生服务的满意度。

【参考文献】

- [1] 张鹭鹭. 卫生资源配置机制研究的现状与发展[J]. 第二军医大学学报, 2003, 24(10): 1045-1047.
<http://dx.doi.org/10.3321/j.issn:0258-879X.2003.10.001>
- [2] 江雪. 统一认识, 促进卫生计生资源共享[J]. 中国农村卫生事业管理, 2001, 7:32.
- [3] 尤传利. 卫生计生服务机构十年整合的实践与思考[J]. 现代医院管理, 2014, 8(04): 41-43.
<http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1672-4232.2014.04.012>

- [4] 姚可祥. 落实十八届三中全会精神 做好卫生计生大文章[J]. 人口与计划生育, 2014, (04): 55-56.
- [5] 杨景亮. 老年人医养结合服务模式探究[D]. 沈阳: 东北大学, 2012.
- [6] 夏志强, 等. 关于农村计划生育服务机构功能完善的思考[J]. 中国卫生事业管理, 2008, (04): 256-257.
<http://dx.doi.org/10.3969/j.issn.1004-4663.2008.04.017>
- [7] 王小燕. 大卫生观与未来的卫生保健[J]. 卫生软科学, 2000, 14(1): 02-04.
- [8] 马进. 对深化医药卫生体制改革的再认识——学习《中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定》体会[J]. 中国医院管理, 2014 (01): 1-3.